

Behandlungsvereinbarung Physio- und Ergotherapie GKV

zwischen der Impuls Reha- u. Gesundheitszentrum GmbH | Winterhäuser Str. 95 | 97084 Würzburg
und

| | | | |
|---------------|-------|-------------|-------|
| Name: | _____ | Vorname | _____ |
| Straße: | _____ | PLZ/Ort | _____ |
| Telefon: | _____ | Mobil: | _____ |
| E-Mail: | _____ | Geboren am: | _____ |
| Kostenträger: | _____ | Hausarzt: | _____ |

1. Nach § 32 SGB V sind Versicherte bei gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet, eine Zuzahlung zu den Behandlungskosten zu leisten. Diese beträgt 10,00 € + 10 % vom Rezeptwert und wird von allen Praxen in gleicher Höhe erhoben. **Die Zuzahlung ist am Tag der ersten Behandlung fällig.** Bei zu viel entrichteter Zuzahlung haben Sie einen Anspruch auf Erstattung. Sollten Sie von der gesetzlichen Zuzahlung befreit sein, legen Sie bitte Ihre Befreiungskarte beim ersten Termin vor.
2. Sollten Sie bei einem vereinbarten Termin verhindert sein, informieren Sie uns bitte rechtzeitig (mindestens 24 Stunden vorher), ansonsten müssen wir Ihnen den Vergütungssatz der Behandlung privat in Rechnung stellen.
3. Für ein von uns zur Verfügung gestelltes Handtuch berechnen wir Ihnen eine Leihgebühr von 1,00 €. Bitte bringen Sie daher immer ihr eigenes Handtuch mit.
4. Bitte finden Sie sich vor jedem Termin an unserer Anmeldung zur Leistung Ihrer Unterschrift auf der Verordnung ein. Bitte erscheinen Sie daher rechtzeitig inklusive eines Zeitpuffers für eventuelle Wartezeiten an der Anmeldung.
5. Schweigepflichtsentbindung

Ich entbinde die Impuls Reha- und Gesundheitszentrum GmbH, Winterhäuser Str. 95, 97084 Würzburg, sowie alle dort beschäftigten Personen anlässlich meiner Behandlung von der Schweigepflicht. Ich erkläre, dass ich damit einverstanden bin, dass über die vorstehende Behandlung uneingeschränkt Auskunft erteilt wird. Diese Entbindungserklärung gilt ausschließlich für Erklärungen gegenüber meinen anderen Behandlern, meinem Hausarzt/meinen Hausärzten bzw. meinem behandelnden Facharzt/meinen Fachärzten und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

ich stimme zu ich widerspreche

Ich habe die Behandlungsvereinbarung zur Kenntnis genommen und erkläre mich hiermit einverstanden. Ich willige der Durchführung der medizinischen Maßnahme bis auf Widerruf ein.

Datum

Unterschrift